

ACESSIBILIDADE DE QUILOMBOLAS COM DEFICIÊNCIA AO SERVIÇO DE SAÚDE

ACCESSIBILITY OF DISABLED QUILOMBOLAS TO HEALTH SERVICE

Josemara Barbosa Carneiro¹

Monaliza Ribeiro Mariano Grimaldi²

RESUMO

As comunidades quilombolas, geralmente, se localizam em áreas rurais e são formadas por descendentes de escravos, na qual ainda se encontram em condições de vulnerabilidade. Ao analisar essa situação que os quilombolas se encontram, é preocupante quando se pensa na possibilidade de haver indivíduos com deficiência nessas localidades. O estudo tem como objetivo analisar a acessibilidade ao serviço de saúde das pessoas com deficiência de comunidades quilombolas no Ceará. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado nos meses de maio a julho de 2021, em três comunidades quilombolas do Ceará. Para a coleta de dados foi utilizado questionário de Identificação da Pessoa com Deficiência e as entrevistas tiveram duração de 30 a 60 minutos. Participaram do estudo 18 pessoas, na qual teve-se a prevalência na faixa etária de 4 e 23 anos (61,1%), de sexo masculino (94,4%) e cor de pele preta (66,7%). Quanto ao tipo de deficiência, participaram de forma igual tanto deficiente mental/intelectual quanto transtorno do espectro autista, ambos com 33,3%. As principais dificuldades de acesso aos serviços de saúde observadas foram falta de transporte (83,3%), locomoção e comunicação, ambas com 61,1%, e a barreira física obteve menor porcentagem (27,8%). A maioria dos participantes não frequentam serviço de reabilitação específico para a deficiência (72,2%), mas grande parte procura atendimento em outros serviços de saúde (88,9%), sendo a UBS o primeiro serviço de escolha (77,8%). O acesso aos serviços por moradores de localidades rurais, tende a ser utilizado com menor frequência em virtude das longas distância que devem ser percorridas e escassez de meios de transporte. No que se refere as comunidades quilombolas, essa situação de vulnerabilidade ainda pode se intensificar diante da rotatividade de profissionais, baixa infraestrutura e preconceito por parte dos profissionais, constituindo barreiras que podem prejudicar o acesso à saúde por parte desses indivíduos. A prática discriminatória na atenção à saúde favorece o surgimento de problemas de saúde, pois provoca a redução do acesso e, conseqüentemente, afeta na qualidade de vida da população negra. Contudo, foi observado que há dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Acesso aos Serviços de Saúde. Acessibilidade.

ABSTRACT

Quilombola communities are generally located in rural areas and are formed by descendants of slaves, in which they are still living in vulnerable conditions. Analyzing the situation that the quilombolas find themselves in, it is worrying to think about the possibility of individuals with disabilities being in these locations. This study aims to analyze the accessibility to health

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: josemarabarbosac@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: monalizamariano@unilab.edu.br

services by people with disabilities from quilombola communities in Ceará. This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out from May to July 2021, in three quilombola communities in Ceará. For data collection, the Identification of Persons with Disabilities questionnaire was used and the interviews lasted from 30 to 60 minutes. Eighteen people participated in the study, in which the predominant age group was between 4 and 23 years old (61.1%), male (94.4%), and black (66.7%). As for the type of disability, both mentally/intellectually disabled and autistic spectrum disorder participated equally, both with 33.3%. The main difficulties in accessing health services observed were lack of transport (83.3%), locomotion, and communication, both with 61.1%, and the physical barrier had the lowest percentage (27.8%). Most participants do not attend a disability-specific rehabilitation service (72.2%), but most seek care in other health services (88.9%), with the UBS being the first service of choice (77.8%). Access to services by residents of rural areas tends to be used less frequently due to the long distances that must be covered and the scarcity of means of transportation. About quilombola communities, this situation of vulnerability can still intensify due to the turnover of professionals, low infrastructure, and prejudice on the part of professionals, constituting barriers that can hinder access to health services by these individuals. Discriminatory practice in health care favors the emergence of health problems, as it reduces access and, consequently, affects the quality of life of the black population. However, it was observed that there is difficulty in accessing health services.

Keywords: Disabled Persons. African Continental Ancestry Group. Health Services Accessibility. Accessibility.

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde se configura como um dos importantes fatores para a qualidade de vida visto que influencia em diferentes dimensões da vida social, além de causar impacto na mortalidade e expectativa de vida (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Nesse âmbito, a desigualdade de acesso aos serviços de saúde é, principalmente, influenciada pelas questões geográficas, especialmente para aqueles que residem em áreas distantes dos centros urbanos, nas áreas rurais (PEREIRA; DA SILVA; SANTOS, 2015).

Morar em localidades de maior vulnerabilidade gera mais custos para os indivíduos, relacionados a dificuldade de acesso aos serviços em virtude da maior distância, bem como relacionado a fatores sociais, como menor coesão social, estresse e maior índice de crimes. Esses aspectos supracitados, que já afetam o nível de bem-estar dos residentes das localidades, se intensificam diante do efeito causado ao estado de saúde (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Dentre os grupos populacionais que, quase sempre, estão geograficamente afastados dos centros urbanos têm-se as comunidades quilombolas, que ainda se encontram em condições de fragilidade em decorrência de fatores históricos e da desigualdade socioeconômica (SANTOS, 2020).

As comunidades quilombolas se caracterizam como um símbolo de resistência ao período de escravização no Brasil, sendo formadas por descendentes de escravos, possuindo aspectos culturais próprios e uma trajetória histórica única. Normalmente esses grupos se localizam em áreas rurais, possuem baixo índice de escolaridade e economia baseada em atividades agrícolas de subsistência e artesanato. Tais circunstâncias dificultam no desenvolvimento da saúde dessa população, pois estão diretamente relacionados ao atraso no avanço da qualidade de vida (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

De acordo com o quadro geral das Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) por regiões no Brasil, identifica-se que a região Nordeste possui a maior porcentagem (61%) com 2.196 comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares, seguida pela região Sudeste com 547 (16%) comunidades, a região Norte com 369 (11%) comunidades, a região Sul com 193 (7%) comunidades e a região Centro-Oeste com 169 (5%) comunidades. A presença de comunidades quilombolas no Nordeste está relacionada com o processo de colonização do Brasil, devido a mão de obra escrava utilizada nas atividades econômicas. Ressalta-se que a Fundação Palmares é uma instituição pública que trabalha para favorecer a valorização das histórias culturais e artísticas negras brasileiras (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2021; SANTOS, 2020).

O grupo populacional que reside nessas comunidades subutiliza os serviços de saúde, visto que a localização geográfica destas categorias e ausência de transportes públicos correspondem alguns dos fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde por parte desses indivíduos. Nesse âmbito, o amparo ofertado, ou mais acessível, a essa clientela é centrada na Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual a assistência geralmente é pontual e curativa, focada apenas no processo saúde-doença e ainda seguindo o modelo biomédico (MARQUES et al., 2014). Além disso, a mudança frequente de profissionais da atenção primária, baixa infraestrutura e racismo institucional e estrutural são barreiras que intensificam a desigualdade em saúde (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Ao analisar essa situação de vulnerabilidade que os quilombolas se encontram, é preocupante quando se pensa na possibilidade de ter indivíduos com deficiência nessas comunidades. De acordo com a World Health Organization (2011) as Pessoas com Deficiência (PcD) são aquelas que possuem impedimentos de longo prazo, sejam eles físicos, intelectuais ou sensoriais, que, quando em interação com as barreiras do ambiente, dificultam a sua participação integral e igualitária na sociedade. Esses indivíduos também são considerados

população vulnerável e possuem demandas saúde que interferem no acesso aos serviços, acarretando no efeito negativo no seu bem-estar (ZENI et al., 2020).

O estudo de Araújo et al (2018) observou que as principais barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde são: arquitetônica, pois não há rampas, banheiros adaptados e espaços adequados entre os moveis das instituições de saúde; atitudinal, pois os profissionais desconhecem os direitos e necessidades da PcD que acarreta na discriminação e falta de sensibilização; e organizacionais, que correspondem na dificuldade para marcar consultas e demora para atendimento. Todos esses aspectos influenciam na qualidade de vida da PcD, pois interfere na autonomia e participação igualitária na sociedade.

De acordo com o Censo Demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi verificado que 45 milhões de pessoas declararam possuir algum tipo de deficiência, ou seja, 23,9% da população brasileira, na qual a região Nordeste possuiu a maior porcentagem de pessoas com pelo menos umas das deficiências pesquisadas, que foram deficiência visual, auditiva, motora e intelectual. Esse número é significativo e importante ao analisar que as PcD também possuem barreiras de acessibilidade que dificultam o acesso aos serviços de saúde, sendo importante identificar a quais situações de fragilidade essas pessoas se encontram, para possibilitar a melhoria na assistência (BEZERRA; DA SILVA; MAIA, 2015).

Estudos abordam que a saúde das comunidades quilombolas é pouco discutida, tornando-se significativo trabalhos que apresentem, debatam e divulguem informações sobre esse tema nesses locais, diante das vulnerabilidades dessa clientela e como tais informações podem favorecer na melhoria da saúde (SILVA, 2015; OLIVEIRA et al., 2015). Isso se torna ainda mais relevante ao observar a complexidade da saúde das pessoas com deficiência em contexto rural, pois, além das barreiras relacionadas a localização geográfica, ainda enfrentam barreiras de informação e financeiras para acesso aos serviços de saúde, em que o bem-estar da PcD é influenciado pelas especificidades do contexto que estão inseridas. À vista disso, nota-se a vulnerabilidade em saúde que a PcD de localidades rurais está sujeita (ZENI et al., 2020).

Portanto, as dificuldades do acesso à saúde podem ser potencializadas ao observar que as PcD residentes das comunidades quilombolas, que já possuem restrições específicas relacionadas a deficiência e, unindo-se aquelas próprias do grupo, podem se encontrar duplamente limitadas e vulneráveis. Assim, verifica-se a importância de identificar as pessoas com deficiência que residem nos espaços quilombolas e investigar o acesso à saúde por essa

clientela, conhecendo os principais entraves que tornam o acesso prejudicado para que se possa buscar estratégias que favoreçam o cuidado integral.

Assim, esse estudo tem como objetivo geral analisar a acessibilidade ao serviço de saúde das pessoas com deficiência de comunidades quilombolas no Ceará, e como objetivos específicos: identificar em três comunidades quilombolas no Ceará, indivíduos com algum tipo de deficiência; classificar o tipo de deficiência (visual, auditiva, física, intelectual ou múltipla); traçar o perfil epidemiológico dos indivíduos com deficiência da comunidade quilombola; identificar as principais causas que levam os quilombolas com deficiência a procurarem ou não o serviço de saúde; identificar as principais barreiras de acessibilidade desses indivíduos ao sistema de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado nos meses de maio a julho de 2021, em três comunidades quilombola do Ceará, localizadas nos municípios: Horizonte, Pacajus e Baturité.

Segundo documento publicado no dia 15 de junho de 2021 pela Fundação Cultural Palmares, existem no Brasil 3.475 CRQs, com 2.819 CRQs com certificações. No Ceará os municípios se distribuem em 70 comunidades quilombolas, dessas 53 já foram certificadas. (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2021).

Os critérios utilizados para a escolha das comunidades que fizeram parte desse estudo se deram por já serem certificadas pela Fundação Cultural Palmares e por se localizarem em cidades próximas a cidade sede da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Em Horizonte a comunidade quilombola denominada Alto Alegre possui 220 famílias, enquanto a comunidade Base, em Pacajus, tem 113, e em Baturité a comunidade Serra do Evaristo possui 55 famílias.

A amostra se deu por conveniência, composta por pessoas com deficiência, quilombola, moradoras de alguma das três comunidades dos municípios citados acima. Os critérios de inclusão foram indivíduos que não possuíam nenhum impedimento de comunicação, que estivessem aptos a responder a entrevista e com constatação do laudo médico para confirmar a deficiência. Para os indivíduos surdos ou com deficiência múltipla, foi necessário a presença do responsável para mediar e auxiliar o preenchimento das respostas das questões. Os critérios de exclusão foram aqueles que não estavam na comunidade durante o

período da coleta de dados e aqueles que recusaram receber a pesquisadora diante do contexto pandêmico da covid-19.

A identificação e contato com os líderes das comunidades quilombolas ocorreu por meio de alunos e/ou ex-alunos da UNILAB que eram residentes dessas comunidades ou que já tiveram o contato com algum dos líderes para realização de outros estudos. Assim, esta pesquisa foi realizada após autorização dos líderes de cada comunidade e identificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento durante as coletas.

Para a coleta de dados foi utilizado o questionário de Identificação da Pessoa com Deficiência elaborado por Grimaldi (2020), o qual foi baseado no Inquérito Nacional de Saúde. Esse questionário é formado por 23 perguntas e está dividido em 7 tópicos que são: dados de identificação, tipo de deficiência, motivo da procura do serviço de saúde, perfil epidemiológico, itinerário terapêutico, fatores que interferem no acesso ao serviço de saúde e principais cuidados de saúde (domiciliar e institucional). Esse questionário foi aplicado por meio de entrevista individual durante a visita domiciliar em um local silencioso escolhido pelo participante. As entrevistas tiveram duração de 30 minutos.

Os dados foram tabulados em planilhas do Programa Excel e foram calculadas a frequência absoluta e relativa. Os dados foram organizados em tabelas para melhor compreensão dos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB conforme parecer de nº 4.518.259, e foram respeitados todos os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12. Ressalta-se ainda que, como esse estudo foi realizado em contexto de pandemia, então foram seguidas todas as medidas de prevenção recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), relacionadas ao uso de máscara (tanto por parte do pesquisador quanto da pessoa entrevistada), uso de álcool em gel à 70% (antes e após a entrevista pelo pesquisador e participantes) e foi mantido o distanciamento de no mínimo um metro. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para os menores de idade, o responsável assinou o TCLE autorizando a participação do menor, que também assinou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

RESULTADOS

Participaram do estudo 18 pessoas, sete da comunidade localizada no município de Baturité, quatro da comunidade localizada no município de Horizonte e sete da comunidade localizada no município Pacajus. Na tabela 1 consta o perfil dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização do perfil dos participantes. Redenção, CE, Brasil, 2021.

(continua)		
PERFIL		
	N	%
Faixa Etária		
04-23	11	61,1
24-43	3	16,7
44-63	2	11,1
64-83	2	11,1
Sexo	N	%
Feminino	1	5,6
Masculino	17	94,4
Anos de Estudo	N	%
1-5	11	61,1
6-10	2	11,1
Anos de Estudo	N	%
11-15	2	11,1
Nunca estudou	3	16,7
Cor da Pele	N	%
Branca	1	5,6
Preta	12	66,7
Parda/Morena	5	27,8
Estado Civil	N	%
Solteiro	15	83,3
Casado	2	11,1
Viúvo	1	5,6
Renda Familiar	N	%
Menor que 1 salário mínimo	3	16,7
Entre 1 e 2 salários mínimos	12	66,7
Acima de 2 salários mínimos	3	16,7
Recebe Benefício de Prestação Continuada	N	%
Sim	10	55,6
Não	8	44,4
Reside com outras pessoas	N	%
1-3	7	38,9
4-6	11	61,1

(conclusão)

PERFIL		
Tipo de deficiência	N	%
Deficiência Visual	2	11,1
Deficiência Auditiva	1	5,6
Deficiência Física	2	11,1
Deficiência Mental/Intelectual	6	33,3
Deficiência Múltipla	1	5,6
Transtorno do Espectro Autista	6	33,3
Origem da deficiência	N	%
Congênita	14	77,8
Adquirida	4	22,2
Causa da deficiência adquirida	N	%
Catarata	1	25
Acidente automobilístico	1	25
Causa da deficiência	N	%
Meningite	1	25
Glaucoma	1	25

A faixa etária variou de quatro a 83, com prevalência entre quatro e 23 anos (61,1%), a maioria foi do sexo masculino (94,4%) e com até cinco anos de estudo (77,8%). A maioria dos participantes se autodeclararam com a cor de pele preta (66,7%), com renda familiar variando entre um e dois salários mínimos (66,7%) e a maioria recebe o Benefício de Prestação Continuada (55,6%). No que se refere ao tipo de deficiência, participaram de forma igual tanto deficiente mental/intelectual quanto transtorno do espectro autista, ambos com 33,3%.

Na tabela 2 a seguir, consta sobre os serviços de saúde frequentados, motivo da procura desses serviços, problemas de saúde e recurso de locomoção.

Tabela 2 - Serviço de saúde frequentado. Redenção, CE, Brasil, 2021.

(continua)

PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE		
Serviço de reabilitação	N	%
Sim	5	27,8
Não	13	72,2
Procura outro tipo de serviço de saúde	N	%
Sim	16	88,9
Não	2	11,1

(conclusão)

PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE		
Primeiro serviço procurado	N	%
UBS	14	77,8
Unidade de Pronto Atendimento	2	11,1
Hospital municipal	2	11,1
Encaminhamento para outro serviço	N	%
Sim	4	22,2
Não	8	44,4
Se necessário	6	33,3
Última vez que compareceu ao serviço de saúde	N	%
< 6 meses	9	50
6 a 12 meses	2	11,1
> 12 meses	6	33,3
Não lembra	1	5,6
Motivo de procura	N	%
Renovação de receita	4	25
Doença	11	68,8
Exame de rotina	1	6,3
Problema de saúde	N	%
Sim	5	27,8
Não	13	72,2
Doença	N	%
Intolerância a lactose	1	20
Hipertensão	2	40
Hipertrofia da nasofaringe	1	20
Diabetes	1	20
Medicamento de rotina	N	%
Sim	9	50
Não	9	50
Recurso para locomoção	N	%
Sim	6	33,3
Não	12	66,7
Recurso utilizado	N	%
Cadeira de rodas	5	83,3
Bengala	1	16,7

A maioria dos participantes não frequentam serviço de reabilitação específico para a deficiência (72,2%), mas grande parte procura atendimento em outros serviços de saúde (88,9%), na qual a UBS é o primeiro serviço de escolha (77,8%) e a doença aguda é o principal motivo da busca dos serviços de saúde (68,8%). Teve-se prevalência no período inferior a seis meses quanto a última vez que compareceram ao serviço de saúde (50%). Foi prevalente os participantes que não possuem problema de saúde (72,2%), mas para aqueles que possuem (27,8%), a hipertensão é doença mais prevalente (40,0%). Quanto ao recurso para locomoção,

a maioria não precisa (66,7%), mas para aqueles que necessitam (33,3%), o uso da cadeira de rodas foi o mais predominante (83,3%).

Na tabela 3 contém os resultados referente a acessibilidade dos serviços de saúde e as atividades realizadas durante a visita domiciliar e unidade de saúde.

Tabela 3 - Acessibilidade ao serviço de saúde. Redenção, CE, Brasil, 2021.

Dificuldade no acesso	N	%
Transporte	15	83,3
Locomoção	11	61,1
Físico	5	27,8
Comunicação	11	61,1
Sensibilidade da equipe	7	38,9
Visita domiciliar	N	%
Sim	13	72,2
Não	5	27,8
Profissionais que fazem a visita domiciliar	N	%
ACS	9	69,2
ACS/Técnico de enfermagem/Enfermeiro/Médico	1	7,7
Enfermeiro/Médico	1	7,7
Enfermeiro	2	15,4
Atividade realizada na visita domiciliar	N	%
Verificação da Pressão Arterial	4	30,8
Renova receita de medicamento	1	7,7
Orientações gerais	13	100
Atividade realizada na Unidade de Saúde	N	%
Verificação da Pressão Arterial	9	50
Verificação da Glicemia	1	5,6
Renovação de receita de medicamento	10	55,6
Orientações gerais	17	94,4
Entrega de medicação	11	61,1

Ao verificar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, foi observado maior prevalência na falta de transporte (83,3%), seguida da locomoção e comunicação (ambas com 61,1%). Além disso, observou-se que a barreira física obteve menor porcentagem (27,8%). Em relação a visita domiciliar, 72,2% dos participantes recebem visita, sendo o ACS o profissional responsável por realizá-las (69,2%), e as orientações gerais é a principal atividade realizada durante esse momento (100%). No âmbito das atividades realizadas na Unidade de Saúde, foi predominante as orientações gerais (94,4%) e a verificação da glicemia obteve a menor porcentagem (5,6%).

DISCUSSÃO

As comunidades quilombolas que fizeram parte desse estudo são localizadas na zona rural, logo é relevante discutir sobre PcD dentro desse contexto e como quilombola. Referente ao público deficiente em área rural, é observado na literatura resultados semelhantes quanto a prevalência de PcD do sexo masculino e quanto a baixa escolaridade, em que a deficiência intelectual foi a mais observada em um dos estudos, enquanto que no outro, apenas a deficiência física foi avaliada, sendo verificado que ambos não incluíram a classificação transtorno do espectro autista. No entanto, foi identificado nos estudos a faixa etária prevalente entre 41 a 50 anos, divergindo dos resultados encontrados nesse trabalho, pois a maioria estava entre quatro a 23 anos (FUSSINGER, 2019; RAIMUNDI, 2019).

Dados do último Censo Demográfico (IBGE, 2010) evidenciam que dos 23,9% das pessoas que declaram ter algum tipo de deficiência, aproximadamente sete milhões eram de áreas rurais. Desse percentual, a maioria dessas pessoas são dos municípios da Região Nordeste. Além disso, foi evidenciado que a prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas estava entre 40 a 59 anos, a maioria do sexo feminino (aproximadamente nove milhões) e o tipo mais declarado foi deficiência visual, motora e auditiva, respectivamente, divergindo dos resultados encontrados nesse estudo. Com relação a cor, foi observado maior percentual de pessoas que se autodeclararam pretas (aproximadamente três milhões), assemelhando-se com os achados desse estudo. No que se refere a nível de instrução, a Região Nordeste obteve maior percentual (67,7%) de pessoas com 15 anos ou mais, com alguma das deficiências pesquisada, que não tinham instrução ou possuía ensino fundamental incompleto. Esses dados corroboram com os achados desse estudo pois foi verificado que a maioria dos participantes tinham até cinco anos de estudo.

Direcionando o contexto para comunidades quilombolas, tem-se a prevalência de participantes negros e com ensino fundamental incompleto (GOMES et al., 2013; DE FREITAS et al., 2018). Entretanto, os resultados desse estudo se diferem no que se refere a renda familiar, pois foi verificada uma renda variando entre um e dois salários mínimos, enquanto que na literatura foi observada uma renda igual ou inferior a um salário mínimo (GOMES et al., 2013; DE FREITAS et al., 2018). Esse achado justifica-se pelo fato de que muitos participantes residem com parentes idosos já aposentados e de ter declarado receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Esse benefício compreende ao direito assistencial a PcD que é assegurado

pela Constituição Federal de 1988 para aqueles que possuem impedimento de longo prazo e renda familiar de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (VAITSMAN; LOBATO, 2017).

Esse benefício, para aqueles que recebem, se configura como garantia de renda familiar, destinado para gastos com alimentação, tratamento de saúde como compra de medicamentos, produtos de higiene pessoal, moradia e, por vezes, com transporte para deslocamento até os serviços. Assim, o BPC possibilita a melhoria da qualidade de vida da PcD principalmente na sua autonomia, porém não promove aumento no lazer e não é utilizado para geração de mais renda, destinando-se, sobretudo, para as necessidades básicas (SANTOS, 2011).

De acordo com constituição brasileira de 1988, a saúde é determinada como direito de todos e dever do estado, na qual as ações e serviços de saúde devem ser prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema tem como princípio garantir a assistência a todos os indivíduos independente da classe social, sexo e raça, sem preconceito e privilégios (BRASIL, 1990). Para que tais princípios fossem reafirmados e concretizados na prática assistencial, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra através da portaria N° 992, de 13 de maio de 2009, que tem como objetivo geral promover a saúde integral a essa população, dando prioridade na diminuição da desigualdade étnico-racial, combate ao racismo e discriminação nas instituições de saúde. Além disso, a política resgata a percepção integral do sujeito e apresenta fundamentos para as diversas fases da vida, bem como questões relacionadas a pessoas com deficiência temporária ou permanente (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, verifica-se que a política também apresenta, de forma breve, que o acesso aos serviços de saúde deve ser ofertado para o público negro deficiente, aplicando-se para aqueles que são residentes de comunidades quilombolas. No entanto, a partir dos resultados obtidos nesse estudo, verifica-se que muitos deles não frequentam serviço de reabilitação específico para a deficiência, sendo a UBS o primeiro serviço de escolha para atendimento, e a maioria não é encaminhado para outro serviço. Assim, observa-se em outros estudos que a atenção primária é o primeiro serviço procurado pelos quilombolas (SANTANA et al., 2021; CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018). Esse achado pode ser justificado diante da localização geográfica das comunidades, dificuldade de acesso aos meios de transporte para se dirigir a outros serviços de saúde, sendo a UBS o serviço que está mais disponível.

A atenção primária, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é a principal porta de entrada do SUS e possui papel importante na Rede de Atenção à Saúde (RAS) pois é a coordenadora do cuidado e articula a atenção básica com os demais serviços da

rede. Assim, deve ser resolutiva e ser ofertada de forma gratuita e integral a todos, independente de cor, etnia, crença, condições socioeconômicas, limitações físicas, intelectuais e entre várias outras, na qual deve ser adotada estratégias que minimizem a desigualdade para evitar que grupos populacionais sofram estigmatização e discriminação, em que esses espaços devem ser acessíveis à PcD (BRASIL, 2017). A prática discriminatória na atenção à saúde favorece o surgimento de problemas de saúde, pois provoca a redução do acesso e, conseqüentemente, afeta na qualidade de vida da população negra (DURAND; HEIDEMANN, 2020).

Além disso, foi evidenciado nesse estudo que a maioria dos participantes procuraram o serviço de saúde nos últimos seis meses e a principal causa da procura foi motivos de doença. Os resultados se assemelham a outros trabalhos encontrados na literatura, em que os participantes também declararam a procura do serviço nos últimos 6 meses (DE FREITAS et al., 2018) e os principais motivos destacados se referem a doença, dor e consulta de rotina (GOMES et al., 2013).

Dentre os participantes que possuíam algum problema de saúde, foi observada que a hipertensão possui maior prevalência das doenças citadas. Corroborando com os achados, os estudos demonstram que as comunidades quilombolas estão apresentando uma transição epidemiológica diante do aumento de doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus II (DM II) e a Hipertensão Arterial (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018). Esse tipo de diabetes é a 4ª causa de morte e atinge mais a população negra; já a hipertensão tem maior incidência em homens e tem mais propensão de ser complicada em negros (BRASIL, 2017).

Por conseguinte, foi evidenciado que o acesso aos serviços de saúde, por PcD quilombola, é dificultado por causa da falta de transporte, das condições das estradas (locomoção) e comunicação. Além disso, foi observado que a maioria dos participantes que precisam de um recurso para se locomover, fazem uso de cadeiras de rodas e relatam sentir dificuldade, por causa das estradas de terra, quando procuram o serviço de saúde. Nesse âmbito, outros estudos apontam resultados semelhantes, pois o acesso a esses serviços por moradores de localidades rurais, tende a ser utilizado com menor frequência em virtude das longas distâncias que devem ser percorridas e escassez de meios de transporte (RAIMUNDI, 2019; GOMES et al., 2013). No que se refere as comunidades quilombolas, essa situação de vulnerabilidade ainda pode se intensificar diante da rotatividade de profissionais, baixa infraestrutura e preconceito por parte dos profissionais, constituindo barreiras que podem prejudicar o acesso à saúde por parte desses indivíduos (GOMES et al., 2013). Além disso, foi

observado que muitos participantes tem dificuldade em se comunicar com os profissionais, na qual é necessário que um familiar acompanhe quando se direcionam aos serviços de saúde.

No estudo de DASSAH et al (2018) que realizou uma síntese da literatura sobre os fatores que afetam o acesso à saúde de PcD em contexto rural, foi verificado a relação de 4 principais entraves que são: aceitabilidade, disponibilidade, acessibilidade e geografia. Logo, a falta de serviços próximos as áreas de moradia desse público, indica que para conseguir ter acesso a esses espaços, necessitam se dirigir para outros locais, no entanto, a falta de transporte é um importante determinante que agrava essa condição.

Nessa perspectiva, os termos acesso e acessibilidade possuem conceitos diferentes, porém são complementares. O termo acesso compreende na disponibilidade dos serviços de saúde de acordo com a oferta, enquanto que acessibilidade se refere a possibilidade real de aceder aos serviços e recursos oferecidos. Assim, as dificuldades em saúde são decorrentes de vários determinantes, dentre eles está a discriminação de raça/etnia e as barreiras econômicas, que acentuam as vulnerabilidades dos diferentes grupos populacionais (PAULISTA; ASSUNÇÃO; DE LIMA, 2019).

No que se refere a visita domiciliar, corresponde a uma importante estratégia para observar o contexto das famílias na comunidade, favorecendo o fortalecimento do vínculo entre profissional e paciente, além de corroborar no acesso à informação sobre os serviços de saúde (NUNES et al., 2018). Assim, foi observado nos resultados desse estudo que grande parte dos participantes recebem visita domiciliar, na qual é realizada, em sua maioria, pelo ACS e a principal atividade realizada durante esse momento compreende nas orientações gerais. Corroborando com os achados verifica-se que, diante do contexto quilombola, observou-se que o ACS é o principal responsável por acompanhar as famílias (BEZERRA et al., 2014) e as orientações sobre os serviços de saúde, corresponde na principal atividade desenvolvida (NUNES et al., 2018).

Por fim, apesar desse estudo não abordar especificamente se os participantes sofreram discriminação nos serviços de saúde por eles frequentados, é importante destacar que a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 que investigou sobre esse tópico, verificou que a grande parte dos indivíduos que foram discriminados por algum profissional da saúde, eram indivíduos de cor preta e parda, sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, sendo que a classe social e a falta de dinheiro foram os principais motivos percebidos.

CONCLUSÃO

Ao relacionar condições socioeconômicas e indicadores de saúde, compreende uma importante ferramenta para obter informações sobre saúde. Assim, foi verificado nesse estudo que as PcD de comunidades quilombolas, possuem baixo nível de instrução e renda familiar baseada nos benefícios ofertados pelo governo, na qual a principal deficiência observada foi intelectual/mental e transtorno do espectro autista.

Além disso, foi observado que há dificuldade no acesso aos serviços de saúde principalmente no que se refere a indisponibilidade de meios de transporte, estradas ruins (locomoção) e comunicação. Esses fatores influenciam diretamente na qualidade de vida desse público, pois pode acarretar na baixa procura de outras unidades de saúde.

Sobre o serviço de primeira escolha encontra-se a UBS pois é o serviço que está mais disponível em virtude da localização geográfica das comunidades, e a doença é o principal motivo da procura das unidades de saúde.

Assim, verifica-se que são necessários mais estudos que investiguem as condições de saúde de PcD quilombola, para que sejam divulgadas aos profissionais de saúde que atendem nessas comunidades para corroborar na melhoria da saúde desse público.

Por fim, a limitação desse estudo está relacionada com o atual contexto pandêmico da covid-19, pois algumas pessoas recusaram receber visita domiciliar diante do risco de contágio.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L.M. et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4950/pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvhHQzMQQHjqFt3D534x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2021.

BEZERRA, T. V.; DA SILVA, M. A.; MAIA, E. R. Acesso da pessoa com deficiência à atenção primária no Brasil: limites e possibilidades. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em:

<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/viewFile/985/862>. Acesso em: 9 ago. 2021.

BEZERRA, V. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNCFXysmdgNpKpnDZGWBL5f/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

BRASIL. Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-proteger>. Acesso em: 09 dez. 2020.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 4 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 9 ago. 2021

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 4 ago. 2021.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n.4, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110258/28665>. Acesso em: 9 ago. 2021.

DASSAH, E. et al. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a “best-fit” framework synthesis. **Global health research and policy**, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em: <https://ghr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-018-0091-x>. Acesso em: 9 ago. 2021.

DE FREITAS, I. A. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2216-0973-cuid-9-2-2187.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Health of quilombolas women: dialog with the literature. **Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Online)**, v. 12, 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7226/pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. Certificação Quilombola. Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) Publicada no DOU de 15/06/2021. Disponível em: http://www.palmars.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 17 jul. 2021.

FUSSINGER, L. **Determinantes sociais de saúde de pessoas com deficiência que residem em contexto rural**. 2019. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Palmeiras das Missões, 2019.

Disponível em:

<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/19990/TCC%20LET%C3%8DCIA%20FUSSINGER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 ago. 2021.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/J4KJPczBxNQMhk4ZVJy4qn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2021.

GRIMALDI, M. R. M. Acesso ao sistema de saúde das pessoas com deficiência da comunidade quilombola. Chamada CNPq Nº 22/2018- Bolsas Especiais no País e Exterior. Relatório final, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Brasil: IBGE; 2010. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf. Acesso em: 9 ago. 2021.

_____. IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n2/365-371/pt>. Acesso em: 9 ago. 2021.

NUNES, C. A. et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe2/127-144/pt>. Acesso em: 9 ago. 2021.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PPHS3ndWChSfvqSxZPGrg9x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 ago. 2021.

PAULISTA, J. S.; ASSUNÇÃO, P. G.; DE LIMA, F. L. T. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/453>. Acesso em: 9 ago. 2021.

PEREIRA, L. L.; DA SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 7, n. 16, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Leonor-Santos-5/publication/285200508_PROJETO_MAIIS_MEDICOS_PARA_O_BRASIL_ESTUDO_DE

[_CASO_EM_COMUNIDADES_QUILOMBOLAS/links/59db9e83aca2728e20180146/PROJETO-MAIS-MEDICOS-PARA-O-BRASIL-ESTUDO-DE-CASO-EM-COMUNIDADES-QUILOMBOLAS.pdf](#). Acesso em: 9 ago. 2021.

RAIMUNDI, J. **A pessoa com deficiência física que reside em contexto rural frente às condições de acesso e acessibilidade**. 2019. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Palmeiras das Missões, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/19999/TCCG-ENF-2019-RAIMUNDI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 ago. 2021.

SANTANA, K. C. et al. Utilização de serviços de saúde por adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fm8LLTM9qSD5xPrvDrQCdPD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

SANTOS, M. A. M. **Influência de fatores socioeconômicos no acesso a serviços de saúde em comunidades remanescente de quilombo da Bahia: uma revisão de literatura**. 2020. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) - Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2020. Disponível em: <http://131.0.244.66:8082/jspui/bitstream/123456789/1831/1/Biomedicina%20-%20MARCOS%20AFFONSO%20MATOS%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

SANTOS, W. R. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RKCBPXp8cxRsVqGvBCy89KF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SILVA, M. H. P. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática**. 2015. 42 f. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18346/1/Marcos%20Henrique%20Paraiso%20Silva.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

VAITSMAN, J.; LOBATO, L. V. C. Continuous Cash Benefit (BCP) for disabled individuals: access barriers and intersectoral gaps. **Ciencia & saude coletiva**, v. 22, n. 11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QysWmvLv4m7YyhscnxzBKhf/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on disability**. World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>. Acesso em: 9 ago. 2021.

ZENI, D. et al. Atenção à saúde de pessoas com deficiência em cenário rural sob perspectiva dos agentes comunitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/yBL8bfHJNcyfXWg6J9wC4w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021.